

Łuczyk Robert, Juško Aneta, Łuczyk Marta, Krzyżanowska Ewa, Plottke Agnieszka. Akceptacja choroby w grupie pacjentów z rozpoznaną dusznicą bolesną niestabilną = Acceptance of the disease in patients with a diagnosis of unstable angina. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(7):453-470. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.58612>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3709>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 15.06.2016. Revised 09.07.2016. Accepted: 25.07.2016.

Akceptacja choroby w grupie pacjentów z rozpoznaną dusznicą bolesną niestabilną

Acceptance of the disease in patients with a diagnosis of unstable angina

Robert Łuczyk¹, Aneta Juško³, Marta Łuczyk²,
Ewa Krzyżanowska¹, Agnieszka Plottke

¹Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

¹Department of Internal Medicine with the Department of Internal Nursing, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

²Katedra Onkologii i Środowiskowej Opieki Zdrowotnej, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Department of Oncology and Environmental Health, Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

³Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

³A graduate of the Faculty of Health Sciences, Medical University of Lublin

Streszczenie

Wstęp. Niestabilna dusznica bolesna należąca do ostrych zespołów wieńcowych jest wynikiem zaostrzenia przebiegu choroby i stanowi zagrożenie dla życia pacjenta, ponieważ postępujące niedokrwienie mięśnia sercowego może powodować zawał serca i nagły zgon [15, 16, 17]. Zaakceptowanie choroby niesie za sobą wiele korzyści, które w rezultacie poprawiają przebieg choroby i dalsze rokowanie [18].

Celem pracy była ocena akceptacji choroby w grupie pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną.

Materiał i metoda. Badania przeprowadzono w grupie 200 osób w różnym wieku, różnej płci, niezależnie od miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia z rozpoznaną niestabilną dusznicą bolesną. W badaniach wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale*, AIS) – która służy do oceny stopnia akceptacji wśród osób dorosłych i aktualnie chorych.

Wyniki badań. 1. Wśród pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną występuje średni poziom akceptacji choroby. 2. Wraz z wiekiem zmniejsza się poziom akceptacji choroby. 3. Stwierdzono, iż osoby z wyższym wykształceniem wykazują wyższy poziom akceptacji choroby. 4. Pacjenci aktywni zawodowo mają wyższy poziom akceptacji choroby, niż osoby bezrobotne, bądź przebywające na rencie lub emeryturze. 5. Osoby, które są w związku małżeńskim bardziej akceptują chorobę w porównaniu do osób owdowiałych czy będących w stanie wolnym. 6. Dłuższy czas trwania choroby wpływa na obniżenie poziomu akceptacji

choroby. 7. Częstsze hospitalizacje pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną wpływają na obniżenie poziomu akceptacji choroby.

Summary

Admission. Unstable angina belongs to the acute coronary syndrome is the result of an exacerbation of the disease and a threat to the life of the patient, because the progressive myocardial ischemia can cause heart attacks and sudden death [15, 16, 17]. Accepting the disease brings a lot of benefits that result in improved disease prognosis and further [18].

The aim of this study was to assess the acceptability of the disease in patients with unstable angina.

Material and methods. The study was conducted among 200 people of different ages, different sexes, irrespective of the place of residence and level of education with a diagnosis of unstable angina. The study used Acceptance of Illness Scale (Eng. Acceptance of Illness Scale, AIS) - which is used to assess the degree of acceptance among adults and currently sick.

Findings. 1. Among patients with unstable angina is the average level of acceptance of the disease. 2. With age decreases the level of acceptance of the disease. 3. It was found that people with higher education show a higher level of acceptance of the disease. 4. Patients economically active have a higher level of acceptance of the disease than those who are unemployed or staying retired or retired. 5. Persons who are married more accepting of the disease compared to those who are widowed or unmarried. 6. The longer duration of the disease, lowers the level of acceptance of the disease. 7. More frequent hospitalizations of patients with unstable angina impact on reducing the level of acceptance of the disease.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, choroba niedokrwienna mięśnia sercowego, angina pectoris non stabilisata, dusznica bolesna niestabilna.

Keywords: acceptance of the disease, ischemic myocardial infarction, unstable angina.

Wstęp

Choroby układu sercowo – naczyniowego w tym choroba niedokrwienna serca są przyczyną ok. połowy zgonów w Polsce oraz są najczęstszym powodem hospitalizacji i utraty zdolności do pracy. Według danych częściej na chorobę niedokrwienną serca zapadają mężczyźni, natomiast u ponad połowy kobiet choroba kończy się zgonem w wyniku gorszego przebiegu. Wzrost zapadalności na chorobę wieńcową związany jest również z wiekiem u obojga płci. Obserwuje się tendencję wzrostową zachorowania w populacji mężczyzn w wieku 65 – 74 lat do 10 – 20% oraz w populacji kobiet w podobnym przedziale wiekowym do 10 – 15% [11, 12].

Niewątpliwie niestabilna dusznica bolesna znacznie upośledza codzienne życie chorego, co wywołuje negatywne emocje związane z występowaniem schorzenia. Ważny jest zatem proces akceptacji choroby w grupie tych pacjentów. Akceptacja jest końcowym etapem przystosowania się do choroby i przejawia się uznaniem ograniczeń oraz strat wynikających

z jej występowania [13]. Zaakceptowanie choroby niesie za sobą wiele korzyści, które w rezultacie poprawiają przebieg choroby i dalsze rokowanie. Niektórzy chorzy są w stanie dojść do poziomu pełnej akceptacji szybko, a inni nie są w stanie zaakceptować choroby w ogóle. Zależy to od wielu czynników m.in. osobowości, przebiegu choroby, radzenia sobie ze stresem itp. [14].

Cel pracy

Celem pracy była ocena akceptacji choroby w grupie pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną.

Purpose of research

The aim of this study was to assess the acceptability of the disease in patients with unstable angina.

Material i metoda badań

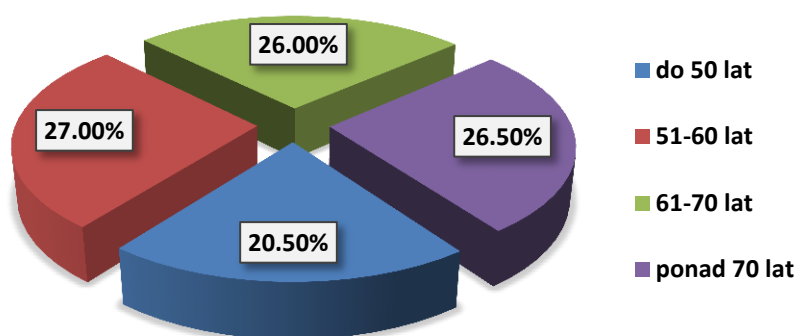
Badania przeprowadzono w grupie 200 osób w różnym wieku, różnej płci, niezależnie od miejsca zamieszkania i poziomu wykształcenia z rozpoznaną niestabilną dusznicą bolesną. Badania odbyły się po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (zgoda nr KE – 0254/54/2016) z dnia 25 lutego 2016 r. Sondaż diagnostyczny przeprowadzono w okresie od marca do czerwca 2016 r. W badaniach wykorzystano Skalę Akceptacji Choroby (ang. *Acceptance of Illness Scale*, AIS) – która służy do oceny stopnia akceptacji wśród osób dorosłych i aktualnie chorych. Może być używana we wszystkich jednostkach chorobowych. Została stworzona przez B.J Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen z Center for Community Research and Action, Departament od Psychology, New York University w 1984 roku. Do polskich warunków skalę AIS przystosował Z. Juczyński. Skala AIS składa się z 8 stwierdzeń, które określają trudności i ograniczenia związane ze stanem zdrowia. Są to twierdzenia sprowadzające się do akceptacji ograniczeń związanych z chorobą, poczucia zależności od osób trzecich, obniżenia poczucia własnej wartości, samowystarczalności. Każde stwierdzenie składa się z pięciostopniowej skali Likerta, gdzie pacjent może określić swój obecny stan zdrowia, wybierając odpowiednią cyfrę: 1 — zdecydowanie zgadzam się, 2 — zgadzam się, 3 — nie wiem, 4 — nie zgadzam się, 5 — zdecydowanie nie zgadzam się. Suma punktów 8 – 40 jest miarą ogólną poziomu akceptacji choroby. Osoba, która zaznaczy cyfrę 1, wykazuje złe przystosowanie do choroby, natomiast zaznaczenie cyfry 5 oznacza pełną akceptację choroby. Końcowe wyniki pogrupowane są w trzy przedziały punktowe, gdzie wynik poniżej 18 punktów kwalifikuje się

do słabej akceptacji choroby, wynik w przedziale 19 – 29 oznacza średnią akceptację choroby, zaś uzyskanie powyżej 29 punktów jest wyznacznikiem pełnej akceptacji i adaptacji do choroby. Rzetelność polskiej wersji AIS jest bliska wersji oryginalnej pod względem zgodności, jak i stałości (wskaźnik *alfa* Cronbacha=0,82).

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy liczności i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu W Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Do porównania wieku grup zastosowano test Kruskala-Wallisa. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności χ^2 . Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Dla oceny wielkości wyjaśnionej wariancji i identyfikacji czynników wyjaśniających akceptację choroby (AIS) pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną zastosowano krokową analizę regresji, przyjmując jako kryterium wyłączenia dla F $p > 0,01$. Wyniki analizy regresji przedstawiono podając wartości skorygowanego współczynnika determinacji (R^2), który informuje o wielkości wyjaśnianej zmiennej zależnej przez zawarte w modelu zmienne niezależne oraz wartości współczynników parametrów modelu (Beta). Podano także, wartości i poziomy istotności testu t , testującego istotność każdego parametru równania oraz wartości i poziomy istotności testu F testującego wartości wszystkich parametrów razem. Dodatkowo, podano wartość współczynnika korelacji cząstkowej informującego o wkładzie danej zmiennej niezależnej w wyjaśnienie zmienności zmiennej zależnej. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe STATISTICA 10.0 (StatSoft, Polska).

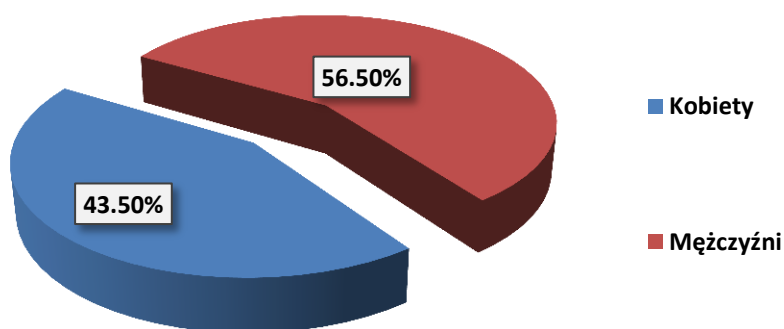
Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objęto 200 pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną w wieku od 38 do 91 lat. Średnia wieku ankietowanych wynosiła $62,14 \pm 12,24$ lata. Ankietowani w 20,50% ($n=41$) byli w wieku do 50 lat, natomiast 27,00% ($n=54$) ankietowanych miało od 51 do 60 lat, 26,00% ($n=52$) od 61 do 70 lat i 26,50% ($n=53$) ponad 70 lat. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia rycina 1.



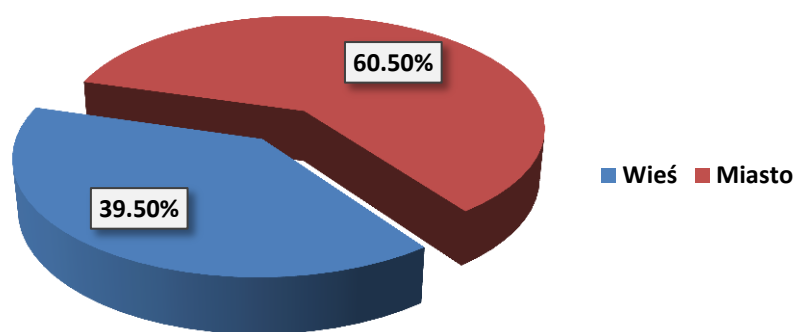
Ryc. 1. Rozkład ankietowanych w poszczególnych grupach wiekowych

Wśród ankietowanych 43,50% (n=87) stanowiły kobiety, natomiast 56,50% (n=113) mężczyźni. Precyzyjne dane obrazuje rycina 2.



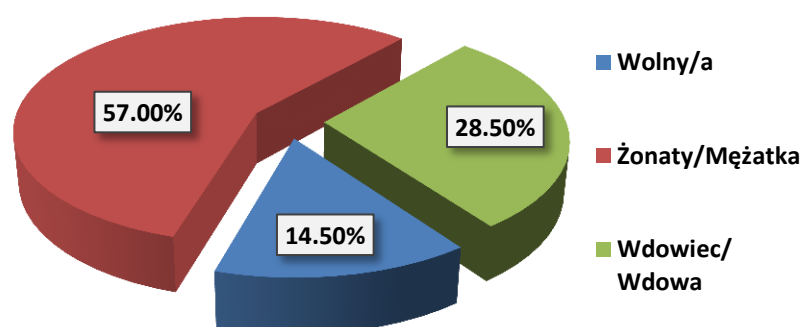
Ryc. 2. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem płci

Respondenci w 39,50% (n=79) mieszkali na wsi, zaś 60,50% (n=121) badanych mieszkało w mieście. Dane w tym zakresie przedstawiono na rycinie 3.



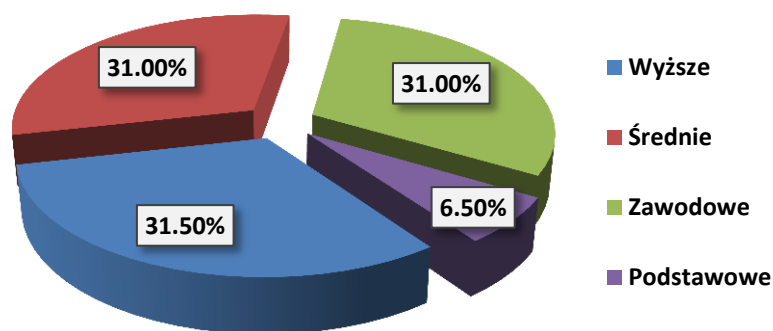
Ryc. 3. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

W większości ankietowani byli w związku małżeńskim, (57,00%, n=114), natomiast 14,50% (n=29) badanych było stanu wolnego i 28,50% (n=57) stanowiły osoby owdowiałe. Szczegółowe dane w tym zakresie precyzuje rycina 4.



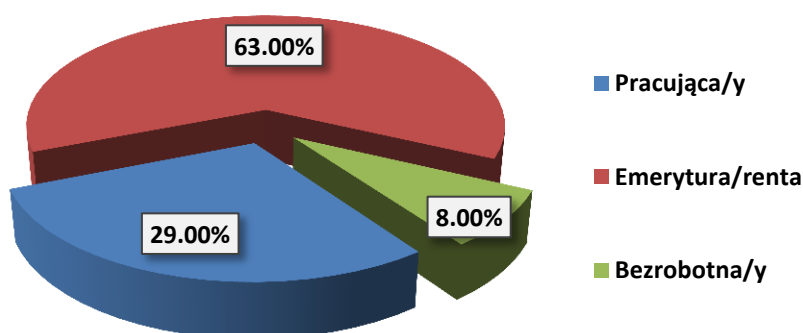
Ryc. 4. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem stanu cywilnego

Respondenci w 31,50% (n=63) posiadali wykształcenie wyższe, zaś 31,00% (n=62) respondentów miało wykształcenie średnie, tyle samo zawodowe i 6,50% (n=13) podstawowe. Dane w tym zakresie obrazuje rycina 5.



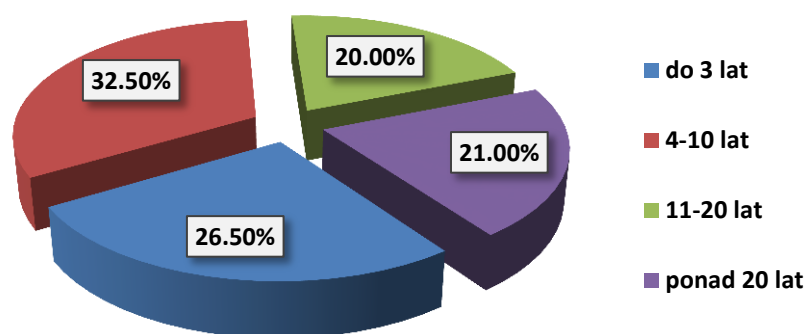
Ryc. 5. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem wykształcenia

Ankietowani w 29,00% (n=58) pracowali, natomiast 63,00% (n=126) stanowiły osoby przebywające na emeryturze lub rencie i 8,00% (n=16) bezrobotni. Powyższe dane obrazuje rycina 6.



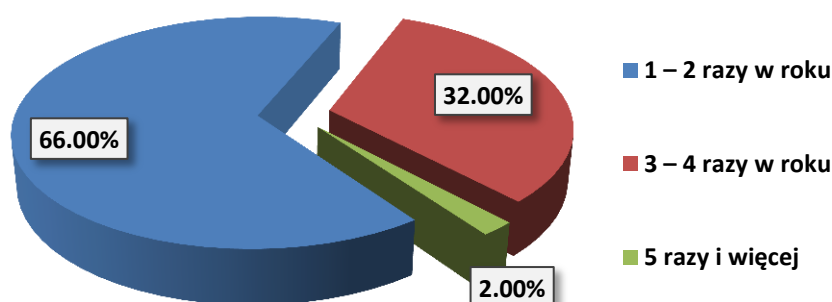
Ryc. 6. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem aktywności zawodowej

Ankietowani w 26,50% (n=53) chorowali do 3 lat, natomiast 32,50% (n=65) badanych chorowało od 4 do 10 lat, zaś 20,00% (n=40) od 11 do 20 lat i 21,00% (n=42) ponad 20 lat. Szczegółowe dane w tym zakresie prezentuje rycina 7.



Ryc. 7. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem czasu rwania choroby

Ankietowani najczęściej byli hospitalizowani 1-2 razy w roku (66,00%, n=132), natomiast 32,00% (n=64) badanych było w szpitalu od 3 do 4 razy w roku i 2,00% (n=4) 5 razy lub więcej w roku. Dane w tym zakresie zobrazowano na rycinie 8.



Ryc. 8. Rozkład ankietowanych z uwzględnieniem częstości leczenia szpitalnego

Wyniki badań własnych

Ocena akceptacji choroby (AIS) w badanej grupie chorych z dusznicą bolesną niestabilną

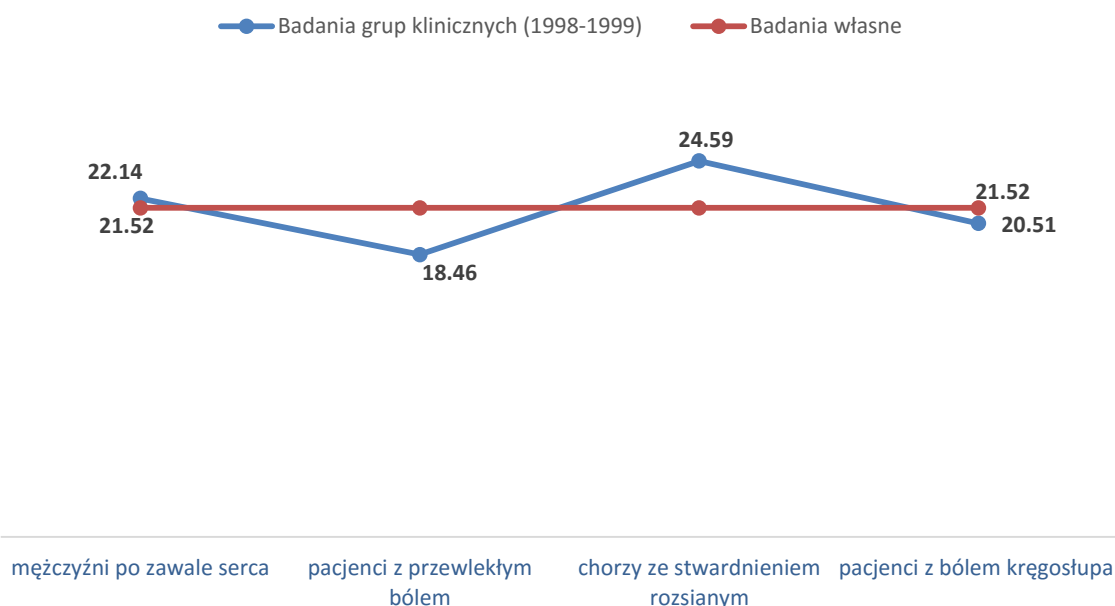
Do oceny akceptacji choroby wykorzystano kwestionariusz AIS w adaptacji Z. Juczyńskiego. Ankietowani oceniali 8 twierdzeń w skali od 1 do 5, gdzie 1-zdecydowanie zgadzam się, 5-zdecydowanie nie zgadzam się. Z badań wynika, że respondenci w

największym stopniu nie zgadzali się z twierdzeniami: „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”, „Choroba sprawia, że czuję się niepotrzebny”, „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” i „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby”, natomiast najbardziej zgadzali się z twierdzeniem „Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” oraz „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. Otrzymane wyniki w tym zakresie przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ocena twierdzeń skali AIS (akceptacji choroby)

Twierdzenia	Średnia	Mediana	Odch. std.
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,39	2,00	1,18
Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	1,91	1,00	1,16
Choroba sprawia, że czuję się niepotrzebny	3,04	3,00	1,42
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	2,71	3,00	1,34
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,76	4,00	1,24
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	2,43	2,00	1,34
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	2,10	2,00	1,23
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,20	3,00	1,16

Średnia ocena akceptacji choroby w badanej grupie wyniosła $21,52 \pm 6,89$ ($Me=21,00$). W porównaniu do badań normalizacyjnych uzyskane wyniki były zbliżone do akceptacji choroby mężczyzn po zawale serca (22,14) oraz pacjentów z bólem kręgosłupa, natomiast uzyskany poziom akceptacji choroby był wyższy w porównaniu z wynikami pacjentów z przewlekłym bólem (18,46) i niższy w porównaniu z chorymi na stwardnienie rozsiane, (24,59). Wyniki badań w tym zakresie obrazuje rycina 9.



Ryc. 9. Ocena AIS w porównaniu do badań grup klinicznych (w badaniach normalizacyjnych 1998-1999)

Z badań wynika, że poziom akceptacji choroby był istotnie wyższy w grupie wiekowej do 50 lat w porównaniu z badanymi w wieku 51-60 lat, 61-70 lat oraz powyżej 70 lat, gdzie akceptacja choroby była na najniższym poziomie. Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie, ($p < 0,0001$). Szczegółowe dane w tym zakresie prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem wieku

Wiek	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Do 50 lat	25,71	6,96	19,00	27,00	31,00
51-60 lat	23,50	6,31	18,00	24,00	29,00
61-70 lat	20,88	5,59	17,00	20,50	25,00
Ponad 70 lat	16,89	5,76	13,00	15,00	20,00
Analiza statystyczna: $H=43,40$; $p < 0,0001^*$					

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie poziomu akceptacji choroby pomiędzy kobietami i mężczyznami, ($p=0,93$). Dane z tego zakresu przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem płci

Płeć	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Kobiety	21,60	7,10	16,00	21,00	27,00
Mężczyźni	21,46	6,77	16,00	20,00	27,00
Analiza statystyczna: $Z=-0,08$; $p=0,93$					

Nie wykazano również istotnych różnic w ocenie AIS pomiędzy ankietowanymi z miasta i wsi, ($p=0,83$). Szczegółowe dane w tym zakresie prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Wieś	21,39	6,71	16,00	21,00	27,00
Miasto	21,60	7,04	16,00	20,00	27,00
Analiza statystyczna: $Z=0,21$; $p=0,83$					

Z badań wynika, że ankietowani chorujący do 3 lat istotnie bardziej akceptowali swoją chorobę w porównaniu z badanymi, którzy chorowali 4-10 lat, 11-20 lat lub ponad 20 lat. Akceptacja choroby była najgorsza w grupie chorujących ponad 20 lat. Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie, ($p<0,0001$). Szczegółowe dane w tym zakresie prezentuje tabela 5.

Tabela 5. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem czasu trwania choroby

Czas trwania choroby	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Do 3 lat	25,34	6,47	20,00	27,00	31,00
4-10 lat	22,91	6,09	18,00	23,00	28,00
11-20 lat	20,48	6,05	16,00	19,00	24,50
Ponad 20 lat	15,55	5,04	12,00	14,00	19,00
Analiza statystyczna: $H=53,14$; $p<0,0001^*$					

Z przeprowadzanych badań wynika, że ankietowani będący w związku małżeńskim istotnie bardziej akceptowali swoją chorobę w porównaniu z badanymi stanu wolnego lub osobami owdowiałymi. Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie, ($p < 0,0001$). Wyniki w tym zakresie prezentuje tabela 6.

Tabela 6. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem stanu cywilnego

Stan cywilny	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Wolny	22,62	6,20	19,00	21,00	29,00
W związku	23,42	6,61	18,00	24,00	28,00
Owdowiali	17,16	5,85	13,00	16,00	20,00
Analiza statystyczna: $H=34,01$; $p < 0,0001$ *					

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowani z wyższym wykształceniem istotnie bardziej akceptowali chorobę w porównaniu z badanymi z wykształceniem średnim lub zawodowym, bądź podstawowym. Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie, ($p < 0,0001$). Wyniki badań w tym zakresie prezentuje tabela 7.

Tabela 7. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem wykształcenia

Wykształcenie	Średnia	Odch. std.	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Wyższe	25,60	6,67	19,00	27,00	31,00
Średnie	21,52	6,02	18,00	21,00	26,00
Zawodowe/ podstawowe	18,09	5,88	13,00	17,00	23,00
Analiza statystyczna: $H=39,89$; $p < 0,0001$ *					

W wyniku analizy statystycznej stwierdzono, że ankietowani, którzy pracowali w istotnie wyższym stopniu akceptowali chorobę w porównaniu z badanymi przebywającymi

na emeryturze lub rencie lub osobami bezrobotnymi. Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie, ($p < 0,0001$). Szczegółowe dane w tym zakresie prezentuje tabela 8.

Tabela 8. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem aktywności zawodowej

Aktywność zawodowa	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
Pracuje	26,05	6,67	20,00	28,00	31,00
Emerytura/renta	19,63	6,24	14,00	19,00	24,00
Bezrobotny	20,00	5,03	17,00	18,00	24,00
Analiza statystyczna: $H=32,87$; $p < 0,0001^*$					

Analiza statystyczna wykazała wysoce istotne różnice w ocenie AIS pomiędzy ankietowanymi, którzy w ciągu roku przebywali w szpitalu od 1 do 2 razy a badanymi, którzy byli hospitalizowani 3-4 razy lub częściej, ($p < 0,0000001$). Dane z tego zakresu prezentuje tabela 9.

Tabela 9. Ocena akceptacji choroby z uwzględnieniem liczby pobytych w szpitalu w ciągu roku

Liczba pobytych	Średnia	Odch. std	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył
1-2 pobyty	24,62	6,03	19,50	25,00	29,00
3-4 pobyty lub więcej	15,50	3,79	13,00	15,50	18,00
Analiza statystyczna: $Z=9,14$; $p < 0,000001^*$					

Dyskusja

Niestabilna dusznica bolesna należy do ostrych zespołów wieńcowych i jest wynikiem zaostrzenia przebiegu choroby niedokrwiennej serca. Należy podkreślić, że występowanie niestabilnej dusznicy bolesnej wymaga leczenia szpitalnego, w celu weryfikacji możliwego wystąpienia zawału serca [19]. Główną przyczyną niestabilności choroby jest występowanie zakrzepu przy ścianie tętnicy wieńcowej, który powstaje często w wyniku pęknięcia blaszki miażdżycowej. Pacjenci, którzy cierpią na niestabilną dławicę piersiową, uskarżają się na ból

w klatce piersiowej w spoczynku, trwający powyżej 20 minut. Odczuwany ból wynika z nagłego ograniczenia dopływu krwi do tętnic wieńcowych, natomiast nie dochodzi do martwicy serca i pojawienia się markerów martwicy, co jest różnicujące z zawałem serca [1].

Występowanie niestabilnej dusznicy bolesnej jest dla pacjentów trudne do zaakceptowania, ponieważ często ogranicza ich codzienne funkcjonowanie, przez co pacjent nie jest w stanie wykonywać wszystkich czynności i w wielu przypadkach staje się zależny od innych osób. Akceptację określa się jako uznanie ograniczeń związanych z występującą chorobą. Wielu autorów podkreśla korzystny wpływ akceptacji na przebieg choroby i rokowanie, pozytywne podejście do życia, poprawę komfortu psychicznego i fizycznego [2, 3].

Celem pracy była ocena stopnia akceptacji choroby wśród pacjentów leczonych z powodu niestabilnej dusznicy bolesnej. Stwierdzono, iż średnia ocena akceptacji w badanej grupie wynosiła $21,52 \pm 6,89$ ($Me=21,00$), co wskazuje na średni poziom akceptacji. W porównaniu do badań normalizacyjnych uzyskane wyniki były zbliżone do akceptacji choroby wśród mężczyzn po zawale serca, (22,14) oraz pacjentów z bólem kręgosłupa, natomiast uzyskany poziom akceptacji choroby był wyższy w porównaniu z wynikami pacjentów z przewlekłym bólem (18,46) i niższy w porównaniu z chorymi na stwardnienie rozsiane, (24,59). Najczęściej respondenci nie zgadzali się z twierdzeniami, zawartymi w Kwestionariuszu AIS, takimi jak: „Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół”, „Choroba sprawia, że czuję się niepotrzebny”, „Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę” i „Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zaniepokojeni z powodu mojej choroby”, natomiast bliższe dla ankietowanych były twierdzenia: „Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” oraz „Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być”. Z badań innych autorów wynika, iż średni poziom akceptacji u osób z chorobą niedokrwienną serca wyniósł 23,50. Wynik ten oznacza również średni poziom akceptacji, natomiast jest nieco wyższy niż u osób z niestabilną dusznicą bolesną [4, 5]. Określono wpływ na akceptację choroby takich zmiennych jak: wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, aktywność zawodową, częstość leczenia szpitalnego oraz długość trwania choroby. Wykazano, że istotny wpływ na poziom akceptacji choroby wśród pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną miał wiek. Z badań wynikało, iż wyższy poziom akceptacji zanotowano w grupie wiekowej do 50 lat, natomiast osoby w wieku 51 – 60 lat, 61 – 70 oraz powyżej 70 lat miały najniższy poziom akceptacji choroby. Stwierdzone różnice były wysoce istotne statystycznie ($p<0,0001$). Kolejną brano pod uwagę wpływ płci na poziom akceptacji.

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie poziomu akceptacji choroby pomiędzy kobietami i mężczyznami. Do analizy włączono również zmienną – miejsce zamieszkania. Nie stwierdzono w badaniach własnych istotnych różnic, pomiędzy ankietowanymi ze wsi i z miasta. W badaniach wykazano, iż stan cywilny ma wpływ na poziom akceptacji choroby. Co ciekawe osoby będące w związku małżeńskim bardziej akceptowały swoją chorobę, w porównaniu z badanymi stanu wolnego lub osobami owdowiałymi ($p < 0,0001$). Fakt ten może wynikać z łatwiejszego znoszenia skutków choroby, ze względu na obecność bliskiej osoby w życiu, bądź wsparcia w przezwyciężaniu problemów oraz pomocy w dostosowaniu się do pewnych ograniczeń związanych z chorobą. Kolejnym ważnym czynnikiem wpływającym na przystosowanie się do choroby było wykształcenie. Przeprowadzone badania wykazały, iż respondenci z wyższym wykształceniem bardziej akceptowali chorobę, niż badani z wykształceniem średnim, zawodowym lub podstawowym (istotność statystyczna na poziomie $p < 0,0001$). Osoby z wyższym wykształceniem mają lepszą świadomość zagrożeń związanych z nieprzestrzeganiem zaleceń, zatem chętniej uczą się jak radzić sobie w chorobie, co wpływa na większą akceptację. Stwierdzono, iż na poziom akceptacji do choroby wpływa aktywność zawodowa. Osoby pracujące w wyższym stopniu akceptowały niestabilną dusznicę bolesną w porównaniu do osób bezrobotnych lub będących na emeryturze czy rencie ($p < 0,0001$). Przyczyną takiej zależności, może być większa satysfakcja z życia, związana z brakiem rezygnacji z pełnienia dotychczasowych ról, spełnianiem się w pracy zawodowej oraz poczuciem bycia potrzebnym. W toku analizy dokonano oceny wpływu długości trwania choroby na poziom jej akceptacji. Z badań wynika, że dłuższy czas trwania choroby, wpływa na zmniejszenie poziomu akceptacji. Osoby chorujące do 3 lat wykazywały wyższy poziom akceptacji, niż pacjenci, którzy chorowali od 4 – 10 lat, od 11 – 20 lat lub ponad 20 lat. Najgorsze wyniki zanotowano w grupie pacjentów chorujących ponad 20 lat. Różnice były istotne statystycznie ($p < 0,0001$). Otrzymane wyniki skłaniają do wniosku, że niestabilna dusznica bolesna jest chorobą postępującą, zatem stan zdrowia pacjentów stopniowo pogarsza się wraz z czasem trwania choroby. W związku z tym, pacjenci często wymagają pomocy innych osób, nie są w stanie wykonać samodzielnie wielu czynności, są zmuszeni zrezygnować z wielu wcześniej pełnionych ról. W badaniach Fedoruk D. zwrócono uwagę na duże znaczenie czynników socjodemograficznych na poziom akceptacji [4]. Wyniki przedstawiały się podobnie, natomiast często stwierdzano, iż istnieje zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a poziomem akceptacji. Analiza badań przeprowadzona przez

Niedzielskiego A. wykazała, iż osoby mieszkające w mieście były lepiej przystosowane do choroby, niż osoby zamieszkujące na wsi [4, 5].

Problem akceptacji choroby jest często poruszany w badaniach naukowych. Stan ten jest nie wątpliwe trudny do osiągnięcia, szczególnie w sytuacji kiedy należy dokonać zmian w dotychczasowym życiu i w mechanizmach funkcjonowania. Autorzy wielu badań podkreślają pozytywne znaczenie akceptacji choroby, która niesie za sobą korzyści wynikające z lepszego komfortu psychicznego oraz fizycznego dla pacjenta [6, 7, 8]. Szybkość osiągnięcia stanu pełnej akceptacji choroby jest indywidualna dla każdego człowieka. W badaniach wskazuje się wiele czynników warunkujących akceptację choroby m.in.: wiek, płeć, poziom wykształcenia, rodzaj i charakter schorzenia, osobowość oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem [9, 10].

Wnioski

1. Wśród pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną występuje średni poziom akceptacji choroby.
2. Wraz z wiekiem zmniejsza się poziom akceptacji choroby.
3. Osoby z wyższym wykształceniem mają wyższy poziom akceptacji choroby.
4. Pacjenci aktywni zawodowo mają wyższy poziom akceptacji choroby niż osoby bezrobotne, bądź przebywające na rencie lub emeryturze.
5. Osoby, które były w związku małżeńskim bardziej akceptują chorobę w porównaniu do osób owdowiałych czy będących stanu wolnego.
6. Dłuższy czas trwania choroby wpływa na obniżenie poziomu akceptacji choroby.
7. Częstsze hospitalizacje pacjentów z niestabilną dusznicą bolesną wpływają na zmniejszenie poziomu akceptacji choroby.

Piśmiennictwo

1. Wożakowska – Kapłon B.: *Choroba niedokrwienna serca – aspekty kliniczne i społeczne*. Kielce 2003, Tom I, s. 124 – 132.
2. Teolford, K., Kralik, D., Koch, T.: *Acceptance and denial: implications for people adapting to chronic illness literature review*. Journal of Advanced Nursing 2006; 55 (4): 457–464.
3. Wrześniewski K., Włodarczyk D.: *Choroba Niedokrwienna serca*. Gdańsk 2005, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 70 – 169.
4. Fedoruk D.: *Poziom akceptacji choroby przez pacjentów w wybranych chorobach wewnętrznych*. UM w Lublinie, Praca magisterska 2006.
5. Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D.: *Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych*. Wiadomości Lekarskie 2007; 60(5/6): 224 - 227.
6. Andruszkiewicz A., Kubica A., Nowik M.: *Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki akceptacji choroby w grupie pacjentów przewlekłe chorych*. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22: 239–245.
7. Butkiewicz A.M., Dymicka – Piekarska V., Kemona – Chętnik I.: *Aktywacja płytek krwi w niestabilnej chorobie wieńcowej w zależności od stężenia troponiny I*. Polski Merkuriusz Lekarski 2005; 18 (103): 13 – 16.
8. Kaczmarczyk M.: *Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach*. Studia Medyczne 2008; 12: 29 – 33.
9. Bańka A.: *Psychologia jakości życia*. Poznań 2007.
10. Monastyrska E., Beck O.: *Psychologiczne aspekty chorób kardiologicznych*. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2014; 20(2): 141 -144.
11. Frycz – Kurek A. M., Buchta P., Szkodziński J.: *Stabilna choroba wieńcowa – epidemiologia, diagnostyka, wybór postępowania*. Choroby Serca i Naczyń 2008; 5 (3): 125 – 133.
12. Sulicka J., Fornal M., Gryglewska B.: *Wybrane czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej*. Nadciśnienie Tętnicze 2006; 10(5): 370 – 376.
13. Kaczmarczyk M.: *Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach*. Studia Medyczne 2008; 12: 29 – 33.
14. Kurowska K., Kasprzyk A.: *Akceptacja choroby i style radzenia sobie ze stresem u osób dializowanych*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2013; 13 (2): 99 – 102.

15. Bednarz B.: *Ostre zespoły wieńcowe. Postępy Nauk Medycznych* 2007; 20 (2/3): 53 – 57.
16. Boczkowska – Gaik E., Tendera M.: *Patogeneza i leczenie ostrych zespołów wieńcowych. Wiadomości Lekarskie* 2005; 58 (7/8): 425 – 432.
17. *Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku: dodatek internetowy Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej. Kardiologia Polska* 2013; 71: 1 – 41.
18. Dziuk M., Mazurek A., Banasiak W.: *Leczenie stabilnej choroby wieńcowej w Polsce – szczególna rola profilaktyki i farmakoterapii. Kardiologia po Dyplomie* 2007; 6 (6): 13 – 14.
19. Śpiewak M.: *Obraz kliniczny, grupy ryzyka oraz epidemiologia ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego odcinka ST. Kardiologia na co Dzień* 2008; 3(2): 39 – 41.